

Aquest és el tercer informe de la sèrie ComHoFem, col·lecció concebuda amb la finalitat de proporcionar una retroalimentació (*feedback*) de la pràctica assistencial als professionals d'atenció primària (AP) de l'Institut Català de la Salut (ICS). L'objectiu d'aquest informe és, d'una banda, fer una revisió del concepte teòric de desigualtat centrat principalment en el gènere i, de l'altra, explorar l'existència de desigualtats de gènere en els resultats de qualitat assistencial, considerant també altres eixos de desigualtats com són l'edat i el nivell de privació socioeconòmica de l'àrea de residència.

Per motius d'espai, analitzem en profunditat tres indicadors de qualitat, però us facilitem un annex on podeu consultar el resultat de tots els indicadors de l'EQA d'adults.

Aquesta informació que us facilitem voldria ser el punt de partida per elaborar hipòtesis de quines poden ser les causes d'aquestes diferències, per fer-ho demanarem la vostra opinió per interpretar la informació.

Metodologia:**Tipus:** Descriptiu transversal**Població:** Pacients majors de 14 anys assignats i atesos el darrer any a l'atenció primària amb ECAP**Període:** Informació corresponent al tall realitzat a l'agost de 2015, excepte per als indicadors de la vacunació de la grip (desembre de 2014)

Concepte de desigualtats

Ser home o dona és un determinant molt important de l'estat de salut, tant per les diferències biològiques intrínseques al sexe masculí o femení, com per les diferències socioculturals que determina el gènere. L'exacta contribució del sexe en la salut és difícil de conèixer, ja que habitualment interactua amb d'altres determinants de salut com són l'edat, la classe social o el grup ètnic.¹ Però per si sol, el sexe i el gènere expliquen diferències de resultat en homes i en dones en molts problemes de salut, tant en els aspectes relacionats amb els factors de risc i simptomatologia, com en els relacionats amb l'atenció sanitària a nivell de prevenció, diagnòstic, tractament i rehabilitació.² Tot això repercuteix en el fet que homes i dones tinguin resultats diferents en salut, ja sigui per les diferències biològiques, per estar exposats a

desigualtats socials i/o per rebre una desigual atenció sanitària que faci que un dels dos sexes estigui rebent un pitjor servei. Rebre un pitjor servei pot ser degut al comportament diferent d'homes i dones en la sol·licitud d'ajuda sanitària, a l'estructura dels serveis sanitaris que faciliti més l'accés a un dels dos gèneres o a la desigual atenció sanitària rebuda un cop ja dins del sistema.³ Aquestes desigualtats de l'atenció sanitària per gènere succeeixen tant a l'atenció hospitalària com a la primària, tot i que a l'atenció primària s'han realitzat pocs estudis.⁴ Al final de l'informe teniu les referències i un breu resum del seu contingut.

Resultats de tres indicadors de l'EQA

Es realitzarà la descripció en profunditat de tres criteris de qualitat assistencial, que són exemples de diferents tipus d'indicadors, tant pel problema que aborda (patologia crònica rellevant –cardiovascular, DM2–, patologia aguda, etc.) com per la tipologia d'activitat (prescripció, grau de control, selecció de prescripció). A l'annex 1 podeu consultar el total d'indicadors que formen part de l'EQA d'adults.

1. Tractament antiagregant/anticoagulant en cardiopatia isquèmica (CI), accident vascular cerebral (AVC) i/o ictus isquèmic

Percentatge de població entre 14 i 90 anys, amb el diagnòstic d'AVC i/o d'ictus isquèmic i/o amb CI, en què consta tractament actual amb antiagregant/anticoagulant.

Recomanació⁵

- El tractament amb àcid acetilsalicílic (AAS) (100 mg/dia) en pacients amb CI redueix el nombre de reinfarts, mortalitat per causes cardiovasculars i la mortalitat global (A).
- En malaltia cerebrovascular (MCV) isquèmica, es recomana tractament antiagregant amb AAS (75-150 mg/dia) o tractament anticoagulant, aquest últim si hi ha diagnòstic de fibril·lació auricular, pròtesis valvulars, estenosi mitral, hipercoagulabilitat (A).

Prevalença⁵

Prevalença: CI: >14a, 2,54% (homes 3,55% i dones 1,56%). MCV: en >14a, 1,94%, >70a, 8,81% (10,28% homes i 7,78% dones).

Mortalitat anual: CI: 112,52 casos / 100.000 homes i 81,47 / 100.000 dones.

Pacient/contingent: CI: 38-51 prevalents i 3-5 nous diagnòstics a l'any. MCV: 29-39 i 4-6 nous diagnòstics a l'any.

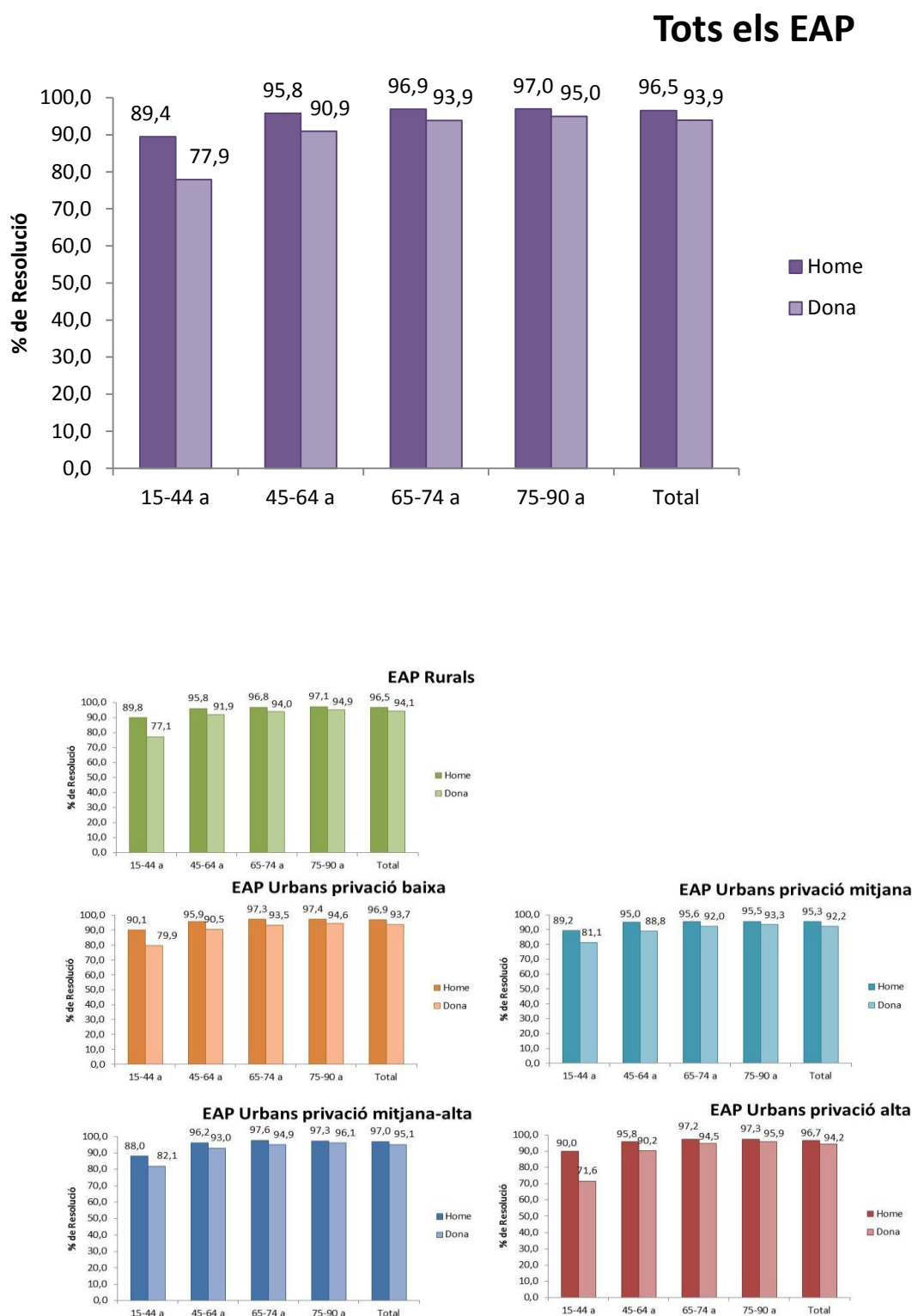
Com ho fem? El percentatge de pacients amb CI o MCV isquèmica en tractament antiagregant i/o anticoagulant és molt alt, tant en homes com en dones (96,5% i 93,9% respectivament). La CI i/o l'AVC globalment és més freqüent en homes que en dones (112.906 homes i 64.160 dones); això, i l'elevat nombre de casos, fa que aquestes petites diferències percentuals (2,6% de diferència entre homes i dones) es tradueixin en un nombre elevat de pacients que es podrien beneficiar del tractament (3.952 homes i 3.914 dones sense tractament). Els grups d'edat més joves (<65 anys) tenen pitjors controls, principalment en el grup de dones. No s'observen diferències segons nivell de privació socioeconòmica.

En relació amb d'altres entorns, els nostres resultats globals (95,6%) són similars als de la població atesa a l'atenció primària del National Health Service d'Anglaterra: 91,7% en CI i 91,7% en AVC i/o accidents isquèmics transitoris (AIT) reben tractament antiagregant i/o anticoagulant. Les dades, però, no s'han pogut consultar desagregades per sexe, ni per grups d'edat ni per nivell de privació socioeconòmica.⁶ Com s'observa al nostre entorn, en diferents estudis publicats s'ha vist que les dones amb CI tenen menys probabilitat que els homes de rebre tractament antiagregant o anticoagulant.^{7,8} En canvi, i igual com succeeix al nostre entorn, en les àrees més deprimides socioeconòmicament i en la població major de 75 anys no queda prou clar si tenen més o menys probabilitat de rebre tractament una vegada ajustades per edat, sexe, comorbiditats, privació i mida de l'EAP⁸ (vegeu figura 1).

Comentaris i limitacions. Tot i l'elevat grau de recomanació de tractar pacients amb diagnòstic de CI o cerebrovascular isquèmica amb antiagregants i/o anticoagulants, s'intueix que a les dones se'ls indica menys tractament, sobretot en els grups d'edat més joves, però globalment les diferències percentuals són petites.

Observem un comportament similar en indicadors com són el tractament amb betabloquejadors de la CI i insuficiència cardíaca (75,6% homes i 68,7% dones en tractament) o el control del colesterol LDL en CI/AVC (63,3% homes i 57,1% dones en control) (vegeu annex 1). Una possible causa pot ser que els professionals tractin amb més intensitat els homes que les dones, atès que els suposa un risc superior en aquestes patologies.

Figura 1. Tractament antiagregant/anticoagulant en CI/AVC isquèmic



2. Darrera HbA1c inferior a 8% en diabetis *mellitus* tipus 2 (DM2)

Percentatge de població entre 14 i 80 anys, amb diagnòstic de DM2, en què la darrera determinació d'hemoglobina glicada (HbA1c) durant el període d'avaluació és inferior o igual a 8%.

Recomanació⁹

- L'objectiu de control recomanat seria HbA1c <7%, tot i que cal individualitzar. En pacients d'edat avançada (>70 anys), llarga durada de la malaltia (>10 anys), risc elevat d'hipoglucèmia o presència de complicacions cròniques, valors del 8% o fins i tot superiors poden ser considerats acceptables (B).

Prevalença⁵

Prevalença: >14 anys 7,79%. En > 60 anys, 21,45% (homes 28,28%, dones 22,7%).

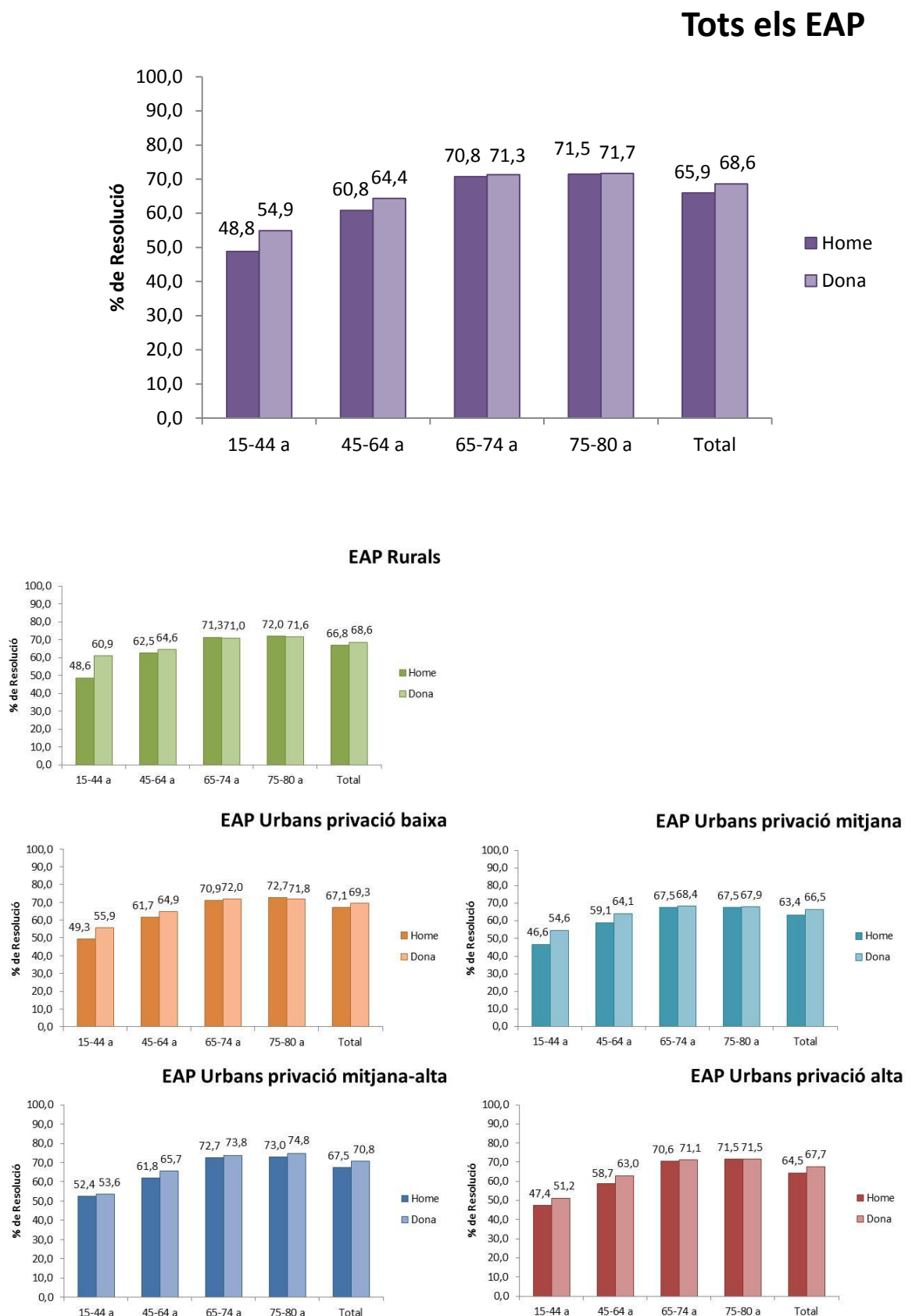
Pacient/contingent: 117-156 pacients prevalents i 8-11 casos nous diagnòstics a l'any aproximadament.

Com ho fem? El percentatge de pacients diabètics amb un bon control és superior en dones que en homes (68,6% i 65,9%, respectivament). En nombres absoluts, tenen un control adequat d'HbA1c 116.174 homes i 86.705 dones. Els grups d'edat amb millors controls són justament els de pacients més grans. En tots els grups d'edat, les dones tenen un millor control que els homes. El nivell de privació socioeconòmica no sembla que afecti el nivell de resolució (vegeu figura 2).

El resultat global (67,1%) és molt semblant al de la població atesa a l'atenció primària del National Health Service d'Anglaterra: 68,4%.⁶ Les dades no s'han pogut consultar desagregades per sexe ni per grups d'edat ni per nivell de privació socioeconòmica. Per sexe, hi ha resultats discordants, en alguns estudis s'observa que les dones tenen més probabilitat de tenir un millor control que els homes (OR HbA1c <7 dona/home 1,19 (1,02-1,41)¹⁰ i en d'altres no (OR HbA1c ≤7,4 home/dona: 1.00 [0.89, 1.13]).¹¹ Per privació i grup d'edat no es troben diferències significatives a la bibliografia revisada.¹¹

Comentaris i limitacions. En aquest cas el nivell de control és millor en les poblacions de més edat, on en general seria raonable mantenir els controls en nivells menys estrictes. Pel que fa al sexe, les dones presenten millors controls; una possible hipòtesi seria un nivell de compliment superior en les dones i més freqüentació a les nostres consultes, ja que es tracta d'un indicador on el factor d'actitud, comportament i hàbits del pacient juga un paper fonamental.

Figura 2. Grau de control HbA1c ≤ 8% en població amb DM2 adults (14-80 anys)



3. Tractament adequat en pacients amb infecció del tracte urinari (ITU)

Percentatge de nous diagnòstics d'ITU en persones de 14 a 90 anys amb tractament antibiòtic (ATB) adequat dins dels primers 7 dies des del diagnòstic.

S'ha considerat ATB adequat en dones (fosfomicina, fosfomicina trometamol, amoxicil·lina-clavulànic, norfloxacin, ciprofloxacina, ofloxacina, nitrofurantoïna) i en homes (norfloxacin, ciprofloxacina, amoxicil·lina-clavulànic).

Recomanació¹²

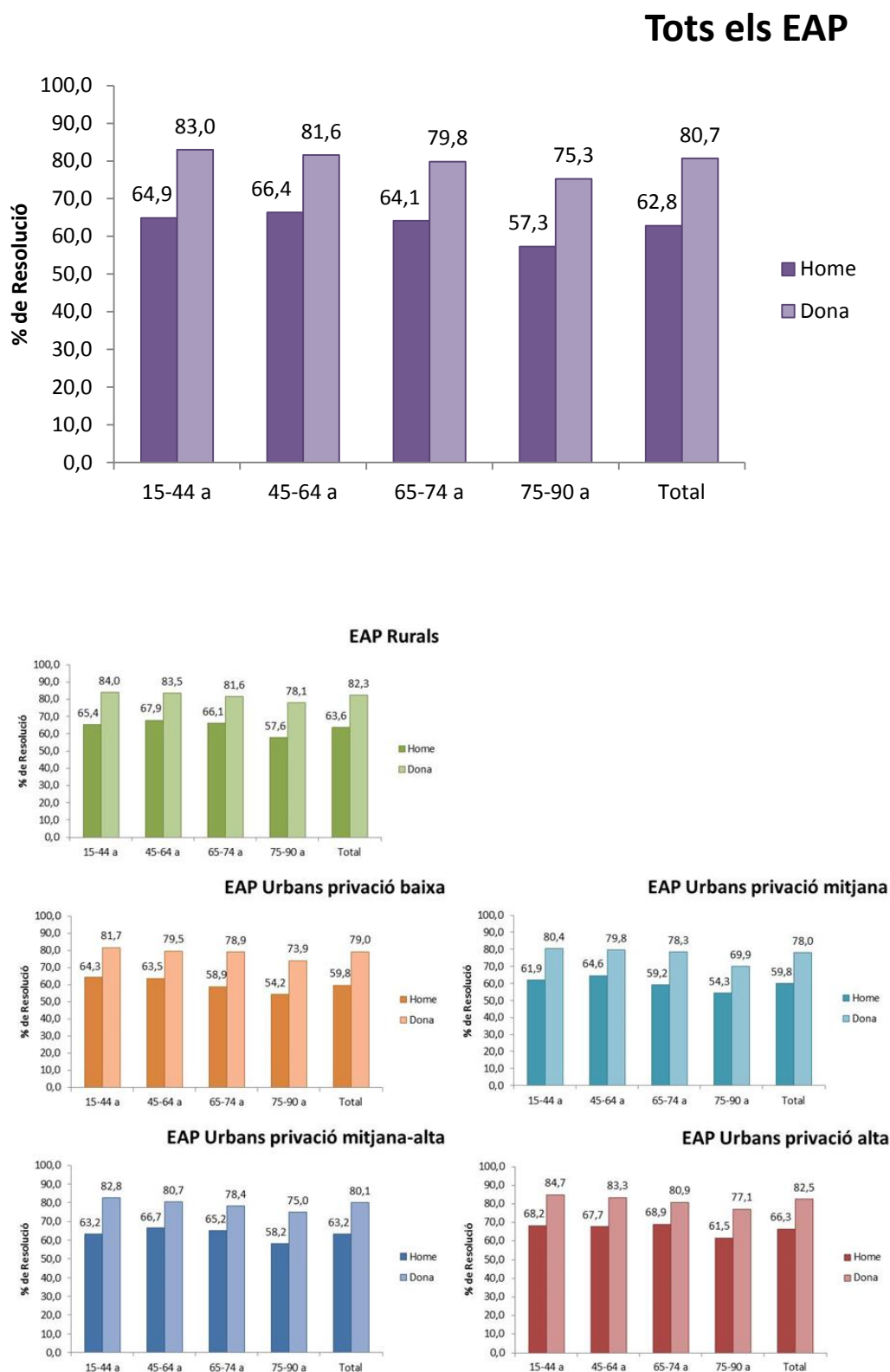
- En dones no gestants amb cistitis agudes no complicades es recomana l'ús de pautes curtes (dosi única o pautes 3-5 dies).
- Les taxes de resistència d'*E. coli* a fosfomicina són molt baixes (1-4%) amb taxes d'eradicació superiors a altres tractaments (A).
- La ITU en l'home és, per definició, complicada. Per això, és imprescindible la realització d'urocultiu i l'ús de pautes de tractament llargues.
- En homes, les quinolones són d'elecció per la capacitat de penetració en el teixit prostàtic (ciprofloxacina 500 mg/12 h). L'ús d'amoxicil·lina-àcid clavulànic també és bona elecció, ateses les resistències elevades a les quinolones.
- En homes, sempre s'ha de fer urocultiu posttractament.

Prevalença. La prevalença de cistitis en la població assignada atesa a l'ICS és de 3,97% en dones i de 0,88% en homes (font: epidades, 3r trimestre de 2015).

Com ho fem? L'adequació en la selecció del tractament de les ITU en dones és notablement més elevada que en homes (80,7% en dones i 62,8% en homes). Aquestes diferències es mantenen per tots els grups d'edat i nivell de privació de l'àrea de residència (vegeu figura 3).

Comentaris i limitacions. Sembla raonable no observar diferències per edat o privació en un criteri de qualitat que mesura la selecció del tractament antibiòtic en una patologia aguda freqüent com les ITU. Les diferències observades entre homes i dones en la selecció d'ATB adequat poden tenir a veure amb la pròpia definició de l'indicador, atès que potser s'han definit criteris més estrictes en homes que en dones. De tota manera, les importants diferències observades ens fan pensar que les ITU en homes i en dones constitueixen entitats clíniques diferents i que requereixen abordatges diferenciats. L'ús que fan els professionals d'ATB fora de l'habitual en homes estaria possiblement justificat (realització d'urocultiu i tractament segons antibiograma, més freqüència de patologia secundària relacionada amb obstrucció, etc.). Seria recomanable revisar el criteri de qualitat de l'indicador per intentar recollir, totalment o parcialment, aquesta casuística.

Figura 3. Tractament adequat en pacients amb ITU (14-90 anys)



Conclusions / generació d'hipòtesis:

- El fet de realitzar una anàlisi estratificada per diferents factors de desigualtat permet detectar diferències en el resultat de qualitat que de no fer-ho podrien passar inadvertides.
- No s'observa un patró general de desigualtat homogeni per als diferents criteris.
- En aquest sentit, i de forma general, es podria treballar amb la hipòtesi que en les activitats on el comportament i actituds del pacient són importants, les dones tenen millors resultats (control HbA1c, etc.).
- Sembla que els professionals actuem amb més intensitat en les poblacions a les quals de forma intuïtiva atribuïm més risc (AAS en homes amb CI/AVC; població més gran en el control HbA1c; BB en CI i IC; LDL en CI/AVC, per exemple).
- L'efecte de la privació de la zona de residència sembla tenir poc impacte en els criteris analitzats. En els casos en què s'observen diferències, aquestes són de petita magnitud i no sempre en el sentit esperat (menys nivell socioeconòmic - pitjor nivell de control). Seria interessant aprofundir en aquesta anàlisi de forma individual.

Finalment, considerem que seria molt interessant la vostra opinió per interpretar els resultats i explorar-ne les causes. Creiem que si heu arribat fins aquí vol dir que el contingut de l'informe us ha semblat interessant; per tant, us agrairíem que dediquéssiu només 10 minuts més del vostre temps per respondre **algunes preguntes** sobre els motius de desigualtats observades.

LECTURES RECOMANADES

¹ OMS. Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana [Internet]. WHO; 2009 [citad 5 set 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf?ua=1

Informe de la Organització Mundial de la Salut que analitza les necessitats i problemes de salut de les dones des del naixement fins l'edat avançada. Conclou que la societat continua fallant a les dones en els moments claus de la vida.

² Borrell C, Artazcoz L. Inequalities gender on health: challenges for the future. Rev Esp Salud Pública. 2008;82(3):245–9.

Article que, començant per diferenciar el concepte de sexe i de gènere i el seu impacte diferent en la salut, argumenta la necessitat d'incorporar la perspectiva de gènere en l'estudi de les desigualtats socials en salut. També recomana incorporar-la junt amb altres eixos de desigualtat, com la classe social i l'origen de les persones. Finalitza l'article que les desigualtats de gènere evidenciades han de ser incorporades en la definició de les actuacions, com són les polítiques i els plans (per exemple el de salut).

³ The Gender and Access to Health Services Study - Final Report [Internet]. Londres: Men's Health Forum. Department of Health. 2008 [citad 22 set 2014]. Disponible en: <http://www.sfh-tr.nhs.uk/attachments/article/41/The%20gender%20and%20access%20to%20health%20services%20study.pdf>

Informe encarregat pel Departament de Salut de l'NHS d'Anglaterra per conèixer l'evidència disponible sobre l'accessibilitat de les dones i els homes als serveis sanitaris i les desigualtats de gènere en el maneig d'atenció de diferents problemes de salut. Una de les recomanacions de l'informe és que les bases de dades poblacionals d'atenció primària s'utilitzin per fer recerca en desigualtats de gènere en aquest àmbit i que les dades sanitàries que es publiquin es presentin desagregades per sexe.

⁴ Bird CE, Fremont AM, Bierman AS, Wickstrom S, Shah M, Rector T, et al. Does quality of care for cardiovascular disease and diabetes differ by gender for enrollees in managed care plans? .Womens Health Issues. 2007;17(3):131–8.

Les diferències de gènere en el maneig de la malaltia cardiovascular s'havia observat en l'atenció hospitalària. Aquest estudi és un dels primers que analitza si existeixen diferències de gènere en el maneig de la malaltia cardiovascular i la diabetis *mellitus* a l'atenció primària d'Amèrica. Observen que hi ha diferències de gènere a favor dels homes en molts indicadors, sobretot en el control del LDL.

ALTRES REFERÈNCIES

⁵ Cuaderno del médico de familia. Lo esencial de 40 problemas de salud claves. AMF 2014; 10(10): 541-634.

⁶ Quality and Outcomes Framework. GP practice results [Internet]. West Yorkshire: Health and Social Care Information Center; 2015 [citad 27 d'octubre de 2015]. Disponible en: <http://qof.hscic.gov.uk/search/>

⁷ Buja A, Boemo DG, Furlan P, Bertonecello C, Casale P, Baldovin T, Marcolongo A, Baldo V. Tackling inequalities: are secondary prevention therapies for reducing post-infarction mortality used without disparities? Eur J Prev Cardiol. 2014;21(2):222-30.

⁸ McGovern M. P., Boroujerdi M. A., Taylor M. W., Williams D. J., Hannaford P. C., Lefevre K. E. and Simpson C. E. The effect of the UK incentive-based contract on the management of patients with coronary heart disease in primary care. *Family Practice*. 2008; 25(1):33-9.

⁹ Manel Mata, Francesc Xavier Cos, Rosa Morros, Laura Diego, Joan Barrot, Maria Berengué, Montserrat Brugada, Teresa Carrera, Juan Francisco Cano, Montserrat Estruch, Josep Maria Garrido, Genoveva Mendoza, Jordi Mesa, Marifé Muñoz, Assumpció Recasens, Joan Antoni Vallés. Abordatge de la diabetis mellitus tipus 2 [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2010. Guies de pràctica clínica, núm. 15. Disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/diabetis/diabetis.htm>

¹⁰ Yu MK1, Lyles CR, Bent-Shaw LA, Young BA. Sex disparities in diabetes process of care measures and self-care in high-risk patients. *J Diabetes Res*. 2013;2013:575814. doi: 10.1155/2013/575814. Epub 2013 Mar 31.

¹¹ Gray J, Millet C, O'Sullivan C, Omar R, Majeed A. Association of age, sex and deprivation with quality indicators for diabetes: population-based cross sectional survey in primary care. *J R Soc Med*. 2006; 99(11): 576–81.

¹² Torrell G, Milozzi J. Infecciones del tracto urinario. *AMF* 2013;9(3):124-33.